



Correo electrónico: HIM@daphealth.org • Teléfono: 760-656-8409 • Fax: \_\_\_\_\_

## Autorización para Terceros Acceso a la Información Médica

***Esta autorización no es válida si no se llena en su totalidad***

***Tenga en Cuenta: Este formulario debe completarlo el paciente para otorgarle a otra persona acceso a su información medica/de salud.***

Información del paciente	Nombre legal del paciente:
	Fecha de nacimiento:
	Teléfono:
	Dirección:
	Ciudad/Estado/Código postal:

Registros de divulgación	Autorizo a DAP Health a divulgar información médica a:	Propósito	Para lo siguiente: (Seleccione uno)
	Persona/entidad:		Personal
	Dirección:		Legal
	Ciudad/Estado/Código postal:		MyChart Proxy
	Teléfono/Fax/Correo electrónico:		<b>De 12 a 17 años</b> <b>Acceso Completo</b>

Información que se va a divulgar	Visitas al consultorio/notas sobre el progreso
	Registros de obstetra
	Notas sobre el progreso psiquiátrico (se requiere autorización por separado para los registros de psicoterapia y trastornos por abuso de sustancias)
	Laboratorios
	Lista de medicamentos
	Informes de diagnóstico por imágenes
	Inmunización
	Comunicación verbal
Otros (favor de especificar):	

Preferencia de entrega	Recolección física (los registros que superen las 100 páginas se grabarán en un disco compacto)
	Fax
	Correo electrónico encriptado (entiendo que el correo electrónico que no está encriptado NO es confidencial, puede ser interceptado y leído por otros)
	Correo postal

Información restringida	<p>Entiendo que la información que se divulga o comunica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), abuso de sustancias o salud mental. Autorizo la divulgación o comunicación de este tipo de información, <b>EXCEPTO:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p><b>Nota: Se requiere una autorización por separado para las notas sobre el progreso de la psicoterapia.</b></p>
-------------------------	---

Derechos y reconocimientos	<p>Al haber firmado este formulario, comprendo que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La información médica que se usa y divulga en esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.</li> <li>2. Tengo derecho a revocar esta autorización para divulgar registros en cualquier momento por escrito a DAP Health, con la excepción y en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización (enviar a DAP Health, 1695 North Sunrise Way, Palm Springs, Ca 92262). En el Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentran más detalles.</li> <li>3. Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria, el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.</li> <li>4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</li> </ol>
----------------------------	--

Vencimiento	<p>A menos que se revoque lo contrario, la Autorización vence _____ (insertar fecha o evento). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha de su firma (<i>EXCEPCIÓN: MyChart Proxy sigue siendo válido hasta que el menor cumpla 18 años o sea revocado</i>).</p>
-------------	--

Firma del paciente	Firma:	Fecha:
--------------------	--------	--------

Firma de terceros	<p>Firma:</p> <p>Relación del representante:</p> <p>NOTA: Si es el representante legal, en cualquier calidad, adjunte los documentos si aún no están archivados en DAP Health.</p> <p><b>*Favor de incluir una identificación con foto *</b></p>	Fecha:
-------------------	--	--------

Solo para uso del personal	<p>He sido testigo de la firma de esta autorización.</p> <p>Nombre de empleado:</p> <p>Firma del empleado:</p>	Fecha:
----------------------------	--	--------